COMO CITAR (Estilo Vancouver):
Guerrero Castañeda RF, Aguilar Machain P, organizadores.
Cuidar na demência: um guia para famílias e cuidadores.
Brasília, DF: Editora ABEn; 2026. 195 p. ISBN 978-65-89112-31-0.
doi: https://doi.org/10.51234/aben.26.e33

CAPÍTULO XX

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA HOSPITALIZADA

Thais Reis de Lima[I]
ORCID: 0000-0002-0043-5085

Tallita Mello Delphino[II]
ORCID: 0000-0002-4489-1795

Mariane Dresch[III]
ORCID: 0000-0003-2289-3391

[I]Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.
[II]Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
[III]Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar:
Lima TR, Delphino TM, Dresch M. Boas práticas de cuidado à pessoa idosa com demência hospitalizada. In: Guerrero Castañeda RF, Aguilar Machain P, organizadores. Cuidar na demência: um guia para famílias e cuidadores. Brasília, DF: Editora ABEn; 2026. p. 155-163. doi: https://doi.org/10.51234/aben.26.e33_cap20

Autora Correspondente:
Thais Reis de Lima
E-mail: trdlima@hcpa.edu.br



Revisoras:

Iride Cristofoli Caberlon.
Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn-RS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Naiana Oliveira dos Santos.
Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional global tem gerado um impacto crescente nos serviços de saúde, visto que as alterações biopsicossociais inerentes a essa fase elevam o risco de doenças crônicas e hospitalizações[1]. Em comparação a outros grupos etários, os idosos apresentam maiores taxas de internação e períodos de permanência hospitalar mais prolongados[2]. Tal cenário é agravado pela exacerbação de condições degenerativas e pela manifestação de síndromes geriátricas, como a insuficiência cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, iatrogenias, insuficiência nutricional, insuficiência familiar, insônia, incapacidade comunicativa, bem como *delirium* e fragilidade. Muitas vezes, essas condições são negligenciadas ou potencializadas pelo próprio ambiente hospitalar, culminando em um declínio funcional acentuado[1,2]

Nesse contexto, as pessoas idosas com demência são particularmente vulneráveis, apresentando maior probabilidade de hospitalização decorrente de quedas, infecções e complicações de comorbidades quando comparados às pessoas idosas sem déficit cognitivo. Isso porque ocorre deterioração da função cognitiva além do já esperado pelas consequências do envelhecimento biológico. A Organização Mundial de Saúde, em 2025, publicou a definição de Demência como, uma síndrome que destrói as células nervosas e danificam o cérebro, podendo ser causada por diversas doenças, além do comprometimento da função cognitiva pode ser acompanhada de alterações de humor, controle emocional, de comportamento ou motivação[3].

No ambiente hospitalar, as pessoas idosas com demência podem vir a apresentar as dificuldades de comunicação, a incapacidade de expressar sintomas e as alterações comportamentais (como agitação e agressividade) tornando o cuidado mais complexo e exigindo uma vigilância intensiva da equipe assistencial[2]. A hospitalização pode desencadear perdas funcionais inexistentes antes da admissão, piorar o prognóstico e acelerar o processo de fragilização. Torna-se, portanto, imperativa uma avaliação criteriosa na admissão e reavaliações diárias focadas em fatores de risco. Tais

CC BY

elementos devem integrar um plano de cuidados que promova uma assistência segura, em conjunto com a família e cuidadores, centrada nas necessidades do paciente[1].

Implementar boas práticas de cuidado ao idoso hospitalizado com demência é essencial para garantir segurança clínica e bem-estar emocional do paciente. O ambiente hospitalar — tipicamente ruidoso, desconhecido e repleto de intervenções invasivas — contribui frequentemente para o agravamento do declínio cognitivo. Estratégias como a comunicação clara e empática, a manutenção de uma rotina mínima e a adaptação do ambiente são fundamentais para reduzir riscos de quedas e confusão mental. Além disso, o domínio dessas práticas permite suporte aos familiares e cuidadores, transformando o cuidado técnico em uma assistência humanizada.

Portanto, diante do crescimento da população idosa com demência e do consequente aumento de internações hospitalares, torna-se urgente abordar boas práticas de cuidado à pessoa idosa com demência durante a hospitalização. Este capítulo justifica-se pela necessidade de suporte teórico e prático de uma equipe especializada na assistência ao paciente e de suporte a familiares e cuidadores, capacitando-os para os desafios que envolvem a hospitalização e promovendo uma assistência humanizada e centrada no paciente.

OBJETIVOS

- Apresentar as principais formas de avaliação da pessoa idosa com demência no ambiente hospitalar;
- Orientar familiares e cuidadores sobre as boas práticas de cuidado à pessoa idosa com demência durante a hospitalização.

PRINCIPAIS DEMANDAS RELACIONADAS À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

A assistência à pessoa idosa tem se tornado progressivamente mais complexa, de forma crescente, demandando de profissionais qualificados e capacitados para atuação no ambiente hospitalar. Isso se deve ao perfil clínico desses pacientes, que frequentemente apresentam múltiplas comorbidades — como diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras — e, consequentemente, requerem diversas intervenções e cuidados especializados ao longo da hospitalização[4].

Cabe ressaltar que a inobservância das consequências fisiológicas e patológicas do envelhecimento contribui para o aparecimento das grandes síndromes geriátricas que, no contexto hospitalar, são consideradas eventos adversos evitáveis, uma vez que elevam a morbimortalidade, prolongam a internação e demandam cuidados especiais. Dentre os principais eventos adversos observados em idosos internados, destacam-se síndromes geriátricas como delirium, incontinência urinária ou fecal, iatrogenias associadas a medicamentos e a lesões por pressão, infecção hospitalar e complicações relacionadas aos procedimentos[1,5].

Muitas pessoas idosas que viviam com independência antes da hospitalização não recebem alta com a mesma funcionalidade, principalmente os que já possuem declínio cognitivo. Isso ocorre porque, durante a hospitalização, essa população está exposta a um elevado risco de infecções hospitalares e complicações iatrogênicas. Nesse sentido, a equipe assistencial deve antecipar e minimizar os riscos comuns enfrentados, na tentativa de manter o máximo possível a independência funcional. As principais complicações e seus respectivos fatores contribuintes (causadores) podem ser assim detalhados, conforme a Figura 1.

As quedas em idosos hospitalizados estão mais vinculadas a fatores cognitivos, ambientais e alterações do clima e temperatura[1] do que à frequência de deambulação. Trata-se de um evento multifatorial que envolve causas intrínsecas (estado mental alterado, polifarmácia, histórico de quedas, uso de dispositivos de marcha, internação prolongada, incontinências e patologias como arritmias e osteoporose) e extrínsecas (pisos escorregadios, camas altas, ausência de grades ou barras de segurança, alterações de clima e temperatura)[1]. Entre os riscos, destaca-se o delirium, frequentemente desencadeado por imobilização, cateterismo urinário, desnutrição e polifarmácia. Esta síndrome afeta aproximadamente um sexto dos idosos internados, tornando a prevenção do delirium uma estratégia crucial para reduzir a incidência de quedas[1].



Figura 1. Prevenção de riscos: principais complicações no cuidado ao idoso hospitalizado.
Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em Eliopoulos[5], 2026.

Em ambientes hospitalares a pessoa idosa está suscetível ao delírio, podendo estar associada a demência, o que é chamado de "Delírio sobreposto a demência" (DSD)[6]. Em estudo de revisão sistemática com meta-análise verificou-se que a prevalência de "fragilidade" em idosos hospitalizados é de 34%, contribuindo significativamente para o aumento do delirium[4], esse associado a diminuição do estado funcional, à institucionalização, aumento dos custos relacionados a saúde, piora prognóstica e/ou mortalidade prematura[6]. A relação estreita entre a presença de delirium e a fragilidade do paciente idoso pode ser observada na Figura 2.

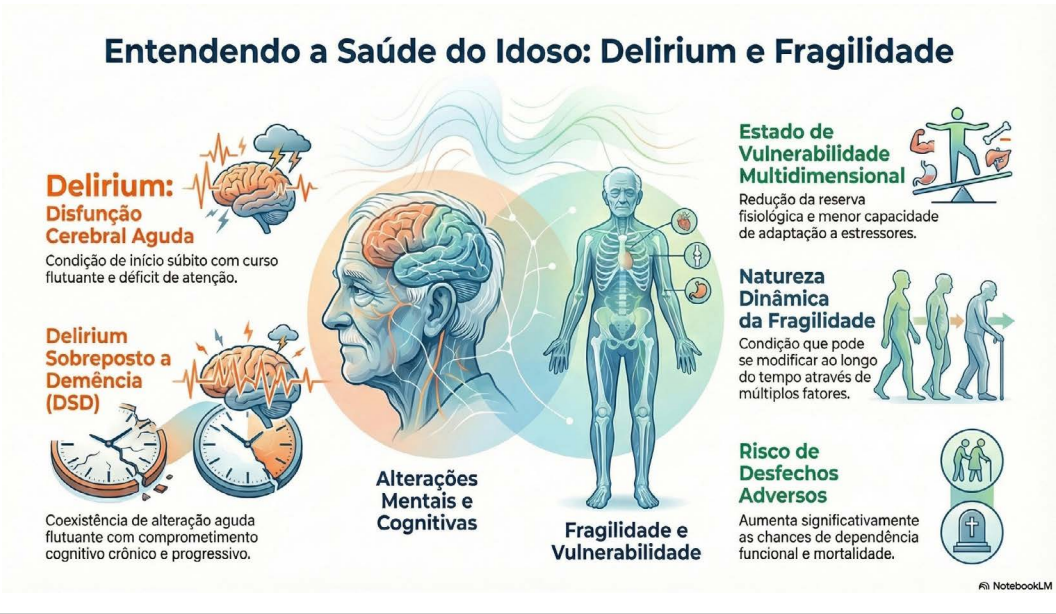


Figura 2. Entendendo a Saúde do idoso: Delirium e Fragilidade
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026.

A assistência à pessoa idosa com demência faz-se atual e relevante para manejo dos cuidados, buscando o aprimoramento de boas práticas, com objetivo de prestar a melhor assistência, com qualidade e segurança ao paciente idoso com demência. Entendendo suas reais necessidades, para contribuir na prestação do cuidado ao idoso, com processos definidos e sistematizados, apoiando o paciente e sua rede de cuidado.

ORIENTAÇÕES PARA CUIDADOS PRÁTICOS

AVALIAÇÃO DO PACIENTE IDOSO COM DEMÊNCIA EM AMBIENTE HOSPITALAR

Com o aumento da longevidade, a demência em pessoas idosas configura-se como uma importante crise de saúde pública global, impactando de forma significativa toda a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os serviços hospitalares e as instituições de longa permanência. Estima-se que existam atualmente cerca de 50 milhões de pessoas vivendo com demência em todo o mundo. No Brasil estima-se que mais de 8,5% da população com 60 anos ou mais convivem com a doença, representando um número aproximado de 1,8 milhão de casos, com maior prevalente entre as mulheres, com 9,1% dos diagnósticos, dentre os homens foram evidenciados 7,7% de casos. As variações regionais oscilaram de 7,3% no Sul a 10,4% no Nordeste[7]. Apesar dos avanços na ciência da saúde e do desenvolvimento de abordagens terapêuticas inovadoras, os resultados ainda são limitados e incertos nos tratamentos e prevenções, de modo que a demência permanece como uma condição progressiva e incapacitante, com importante impacto na qualidade de vida[7].

Sendo assim, algumas avaliações do enfermeiro ao paciente com demência ao admiti-lo no ambiente hospitalar são necessárias para cuidar, prevenir e planejar os cuidados pertinentes.

A avaliação de fragilidade é preconizada para todos os pacientes com 70 anos ou mais, visto que a avaliação para detecção é não invasiva e pode revelar condições tratáveis ao paciente. A fragilidade física é uma causa de potencial dano ao idoso, mas que evidências demonstram que alguns tratamentos são possíveis para minimizar ou até manejar doenças reversíveis, como: suporte calórico e proteico, vitamina D, redução de polifarmácia, prática de exercícios físicos de resistência e aeróbicos[7].

Como ferramenta de apoio a avaliação, pode ser utilizado as seguintes escalas de fragilidade[7]:

- Questionário de triagem simples "FRAIL"
- Medida de Rastreio de Fragilidade do Estudo de Saúde Cardiovascular
- Escala Clínica de Fragilidade
- Ferramenta de Rastreio de Fragilidade do Géronto Pôle.

Ao analisar a associação entre fragilidade e delirium, Cechinel (2022) destaca que a prevalência de fragilidade em idosos hospitalizados foi de 34%, enquanto a de delirium foi de 21%. O estudo evidenciou ainda um risco relativo de 1,66 para a ocorrência de delirium em indivíduos frágeis, indicando que a fragilidade se configura como fator de risco independente para o seu desenvolvimento, além de representar um potencial alvo terapêutico para estratégias de prevenção do delirium[8].

A avaliação de delirium e prevenção, nas diretrizes da American Geriatrics Society para o manejo do delirium em idosos enfatizam a adoção de estratégias não farmacológicas, estruturadas e multicomponentes, conduzidas por equipes interdisciplinares, com ênfase principal na prevenção primária. Isso se justifica pelo fato de que as evidências disponíveis demonstram benefício consistente dessas intervenções na prevenção do delirium, mas não no seu tratamento. Ainda assim, estima-se que apenas cerca de 40% dos casos de delirium em idosos hospitalizados sejam evitáveis com as abordagens atualmente disponíveis, o que evidencia a necessidade de desenvolvimento e investigação de novas estratégias preventivas. Para avaliação do paciente com risco de *delirium,* o enfermeiro possuí a Escala de CAM, validada e aplicada extensamente,

pela sua rapidez e aplicabilidade, visto que foca os inícios agudos, desatenção, pensamento desorganizado e alteração da consciência[9].

Dos principais fatores de risco para o delirium estão: idoso com demência prévia (DSD - Delirium sobreposto a Demência), fraturas de quadril, doença grave. E para prevenção, é importante que logo em sua chegada ao ambiente hospitalar se fortaleça com os cuidadores a importância de manter um ambiente familiar, com visitas regulares de amigos e familiares; conversas que reforcem onde, quem ela é e onde está; ambiente com relógio e se possível janelas, com iluminação conforme a orientação da hora do dia, para apoiar na associação do que é dia e noite. Outras medidas assistenciais são importantes, se possível, reduzir ou não inserir cateteres, melhorar a ingesta hídrica, incentivo a exercícios, adequada avaliação da dor [9].

BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

De forma geral, a equipe assistencial deve agir preventivamente para reduzir riscos e garantir que o paciente idoso mantenha o máximo possível sua capacidade funcional. Isso pode ser feito através de[5]:

- Avaliação para identificar problemas e riscos;
- Identificação precoce de complicações e prevenção;
- Incentivo da independência e autocuidado;
- Monitorização atenta dos sinais vitais e do estado mental;
- Mudanças ambientais para atendimento das necessidades dos pacientes idosos (Ex: temperatura do ambiente em 23,8°C, controle de ruídos, uso de iluminação noturna);
- Assistência, quando necessária, para as atividades de vida diária;
- Monitorização atenta dos medicamentos respeitando dose e horários prescritos;
- Monitorização atenta da ingestão e da eliminação;
- Lembretes e oferecer assistência para reposicionamento frequente no leito, tosse, respiração profunda e idas ao vaso sanitário.
- Evitar ao máximo cateterização urinária e o uso de fraldas, quando possível;
- Monitorização atenta das condições da pele e utilização de protetores cutâneos: espumas, colchão piramidal ou pneumático, hidratantes corporais, conforme orientação profissional;
- Comprometimento rígido com as técnicas assépticas e práticas de controle de infecção;
- Planejamento precoce da alta hospitalar em conjunto com a família e cuidadores[5].

Dentre as boas práticas de cuidado para minimizar o risco de complicações ao idoso hospitalizado com demência, destacam-se:

Delirium (confusão aguda): Caracterizado por declínio rápido da função cognitiva, função intelectual perturbada, desorientação para tempo e lugar, alcance menor da atenção, memória pior, humor oscilante, conversa sem sentido, juízo insatisfatório, nível de consciência alterado, inquietação, insônia, alterações da personalidade e suspeição. **Cuidados:** manter um ambiente estável e calmo. Evitar iluminação intensa, ruído excessivo e temperaturas extremas no ambiente. Fazer enunciados orientadores, como "*Sr. Joaquim, estamos no hospital. É noite de terça-feira. Sua esposa está do seu lado*". Investigar se há mudanças na saúde física, estresse, mudanças no modo de vida, medicamentos tomados, ingestão alimentar ou outros problemas. Monitorar sinais vitais, ingestão e eliminação e comportamentos. Auxiliar no plano de tratamento, por exemplo, controle da febre. Supervisionar atentamente as atividades. Remover substâncias perigosas, medicamentos e equipamentos do ambiente próximo do paciente. Garantir a ingestão adequada de nutrientes, cuidados pessoais e higiene[5].

Declínio cognitivo: Comprometimento das habilidades mentais que permitem ao idoso compreender e resolver os problemas do cotidiano, devido a demências (ex: Alzheimer), depressão e delirium. **Cuidados:** manter a mente ativa: estudar, ler, fazer exercícios de raciocínio diariamente para estimular a memória, a linguagem, a orientação e atenção; mostrar um desenho com muitos detalhes e cores e pedir para a pessoa localizar determinados objetos na figura; pedir para ela falar objetos que existem no ambiente, por exemplo, que começam com determinada letra, estimular a realização de atividades lúdicas, como desenhos, pinturas, caça palavras, quebra-cabeça, jogos de tabuleiro e eletrônicos; estimular diariamente a memória e atenção, realizar repetições e fracionamento da informação; estimular leitura, ouvir rádio, ouvir música, assistir televisão, falar ao telefone e conversar com pessoas; estimular a rever fotografias e fazer o relato das imagens e das pessoas que estão registradas; manter relógios e calendários que permitam se localizar no tempo; evitar que o idoso passe um tempo prolongado sozinho durante a internação hospitalar[5].

Controle da agitação, inquietação e agressividade: Para o controle da agitação, inquietação e agressividade, é fundamental identificar a causa desses comportamentos, que podem surgir da frustração pela perda de autonomia, do medo, da incompreensão do ambiente ou da dificuldade de expressão, além de fatores físicos como dor, desconforto, fome, sede, extremos de temperatura e o uso de cafeína. Nesse sentido, o **cuidador** deve agir com calma, carinho e compreensão, reconhecendo que tais atitudes não são conscientes, ao mesmo tempo em que evita mudanças bruscas na rotina, excesso de visitas ou ambientes barulhentos com discussões em voz alta. Para acalmar a pessoa cuidada, recomenda-se falar tranquilamente sem discutir e buscar distraí-la com novos assuntos ou demonstrações de afeto, como abraços e carícias[5].

Avaliação de dor ao paciente com demência: A presença da dor é notoriamente sabida como parte da vida da pessoa idosa, sendo que o aparecimento da sensação dolorosa tem por muitas vezes o objetivo de preservar o organismo da pessoa, alertando sobre possíveis danos ou agravos à saúde[9]. A dor na pessoa idosa, está conectada a diversos tipos de aspectos que envolvem idade, sexo e presença de doenças crônicas, agravos mentais incluindo depressão e ansiedade, além de eventos advindos da fragilidade corporal como quedas e fraturas decorrentes destas[10]

O fato de a pessoa idosa possuir características específicas, decorrentes de perdas neurais e alterações vasculares, assim como a debilidade do corpo físico e do mental, por vezes torna mais peculiar o controle e avaliação dos sinais e sintomas de dor. A vigilância de indícios de piora do estado geral, com acompanhamento de possíveis alterações no estado mental, se faz essencial e ampara conclusões e condutas de saúde. Tão importante quanto, o uso de escalas numéricas e gráficos auxiliam muito no entendimento da dor, ajudando a pessoa idosa a se expressar e comunicar melhor e com maior facilidade seus sentimentos[11]. Porém, para a pessoa idosa com demência é necessária avaliação de outros sinais e comportamento, como sugerido em escala de PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*)[12]:

- **Expressões faciais:** São consideradas indicadores não-verbais confiáveis e válidos para mensurar a intensidade da dor.
- **Agitação:** Um sinal comum de desconforto ou sofrimento em pacientes com déficit cognitivo.
- **Vocalização repetitiva ou gritos:** Manifestações sonoras que não necessariamente formam palavras, mas indicam dor.
- **Linguagem corporal e postura:** Mudanças na forma como o idoso se posiciona ou se movimenta.
- **Alterações no humor:** Irritabilidade ou mudanças súbitas no estado emocional.
- **Evitação de movimentos:** Idosos com dor tendem a evitar mover-se para ocultar o desconforto, o que pode ser detectado durante manobras de movimentação passiva ou mobilidade articular[12,13].

A segurança medicamentosa: Uma característica comum na fase de vida após os 65 anos é o uso diário de muitas medicações, a fim de tratar doenças crônicas e comorbidades da idade, o que faz aumentar o risco

de iatrogenias. Somando-se a isso surge o perigo ligado ao acesso a diferentes remédios disponíveis também no domicílio, além da propensão a automedicação, aspecto muito usual na vida da pessoa idosa, principalmente na pessoa idosa com demência, devido suas perdas cognitivas e de memória. **A ação de familiares e cuidadores** primários se faz essencial neste momento, a fim de organizar e controlar a administração de medicamentos prescritos, suas doses e horários, além de supervisionar a compra de medicamentos extras, muitas vezes desnecessários ao uso diário[13].

Orientações aos cuidadores informais: Neste momento da vida, a família acaba por assumir a maior parte dos cuidados, sobretudo no domicílio. Os familiares de pessoas idosas com demência se tornam cuidadores primários informais, onde muitas vezes não apresentam conhecimentos ou qualquer instrução profissional na área da saúde, fazendo-se necessário que aconteça uma educação específica e se organizem estratégias que atendam as demandas do paciente em casa.

O enfermeiro tem um papel crucial dentro deste contexto, de modo a identificar as reais necessidades de cada paciente e atuar frente às fragilidades e potencialidades do cuidado, operando diretamente na educação deste cuidador informal, a fim de facilitar o trabalho desenvolvido em casa e promover a melhor assistência possível ao idoso com demência. Ressalta-se a importância dos profissionais da saúde estarem constantemente atualizados no que diz respeito a estratégias de avaliação, gerenciamento e manejo da dor, para que possam desenvolver capacidades e habilidades específicas, objetivando orientar com maior excelência o prestador do cuidado, preservando assim a segurança da pessoa idosa com demência. O trabalho educativo traz resultados benéficos principalmente ao paciente e qualifica o cuidado domiciliar como sendo complementar e essencial à conservação da saúde da pessoa idosa com demência e controle da dor e sintomas[14].

Prevenção de quedas: Para a prevenção eficaz de quedas em pessoas idosas com demência hospitalizados, é indispensável que a equipe de enfermagem domine o perfil funcional, o histórico clínico e os antecedentes de quedas do paciente. Somam-se a isso adaptações ambientais estratégicas, como a instalação de barras de segurança, iluminação e ventilação adequadas, remoção de obstáculos, uso de camas baixas e manutenção das grades elevadas conforme a necessidade[1]. Entre os **cuidados assistenciais**, destacam-se a avaliação rigorosa da força muscular, do equilíbrio, da marcha e da tolerância à deambulação, buscando o apoio da fisioterapia quando necessário. É fundamental monitorar sinais vitais, estado mental e dispositivos de apoio, além de investigar eventos que antecederam quedas prévias, como dor ou efeitos medicamentosos. Na prática clínica, deve-se garantir a sinalização de risco no leito ou pulseira, auxiliar na higiene pessoal e orientar o paciente quanto ao uso de calçados antiderrapantes, roupas de comprimento seguro, além da técnica de sentar-se à beira do leito antes de levantar. Por fim, a educação em saúde deve enfatizar o uso de corrimãos, a circulação em locais iluminados e a eliminação de tapetes ou objetos dispersos no ambiente[5].

Mobilização do paciente idoso com demência: Com o intuito de prevenir a síndrome da imobilidade — caracterizada pela limitação do movimento e pela deterioração progressiva dos sistemas corporais devido à inatividade —, é essencial detectar precocemente os riscos e investigar fatores contribuintes, como a falta de suporte social, agravamento da doença e restrições físicas. **Os cuidados** devem focar no estímulo à mobilização ativa ou assistida em parceria com a fisioterapia, incentivando a mudança regular de decúbito e o ato de sentar fora do leito sempre que possível. Além disso, é fundamental adotar medidas de prevenção de lesões por pressão, como o uso de colchões específicos, a redução da umidade por meio da troca frequente de roupas e fraldas, e a promoção da hidratação tanto oral quanto da pele, garantindo também o auxílio necessário nas atividades de autocuidado, como banho e alimentação [5].

Controle da alimentação e hidratação: Para o controle da alimentação e hidratação, que visa combater dietas desbalanceadas associadas à obesidade ou desnutrição, é fundamental variar as refeições e oferecê-las em pequenas porções cinco ou seis vezes ao dia, conforme a preferência do idoso e a dieta prescrita pela nutrição. Durante esse processo, deve-se atentar para alguns **cuidados**, como: consistência adequada dos alimentos de acordo com a capacidade de mastigação e deglutição, considerando que líquidos apresentam

maior risco de broncoaspiração e que, se necessário, uma avaliação fonoaudiológica deve ser realizada. É imprescindível não oferecer alimentos ou água se o paciente não estiver totalmente alerta, garantindo que a administração ocorra na posição sentada para estimular a independência, seguida sempre pela higiene bucal. Além disso, os cuidados devem incluir a orientação sobre a mudança de hábitos alimentares e controle de peso, o incentivo a caminhadas conforme a tolerância, e o monitoramento constante dos sinais vitais e da ingestão hídrica diária[5].

Prevenção de incontinências: Para prevenir a incontinência, caracterizada pela incapacidade de reter eliminações vesicais e intestinais até o local adequado, é essencial avaliar suas causas e controlar tanto a diarreia quanto a eliminação urinária. **Os cuidados** incluem ensinar e incentivar o treinamento esfincteriano e do hábito urinário, além de estimular exercícios para a musculatura pélvica, conforme orientação profissional. Deve-se ainda realizar a monitorização hídrica, especialmente no período noturno; Elaborar uma rotina para levar a pessoa ao banheiro, não esperando que ela peça, pelo menos a cada três horas; Atentar para sinais que a pessoa idosa oferece, como inquietação e aja com rapidez; Procurar ser compreensivo quando ocorrer a situação da perda involuntária da urina e fezes, mantendo a calma e tranquilizando a pessoa (não foi de propósito); Reduzir a quantidade de líquidos oferecida a partir do início da noite, para evitar ocorrências noturnas; Se estiver utilizando fralda ou roupa íntima descartável, observar a periodicidade da troca; Realizar troca sempre que houver necessidade, ou seja, quando estiverem molhadas, atentando para realizar a limpeza da pele em cada troca por meio do uso de água e sabão de pH neutro, Observar sinais de vermelhidão e lesões na pele e comunicar imediatamente a equipe de saúde[5].

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem (DCEG-ABEn) pela iniciativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à pessoa idosa com demência em ambiente hospitalar exige equilíbrio entre o rigor técnico da avaliação clínica e a sensibilidade no manejo do cuidado. A identificação precoce **de declínios cognitivos e funcionais,** por meio de escalas validadas, é fundamental para prevenir **complicações como o *delirium*** e a perda acelerada da autonomia. Paralelamente, o sucesso da internação depende da integração de familiares no plano terapêutico. Ao promover um ambiente acolhedor e orientar cuidadores sobre comunicação e segurança, o hospital transcende o tratamento da doença para consolidar um cuidado humanizado.

Contudo, o êxito dessa assistência estende-se para além da alta. A orientação sistemática da família antes do retorno ao lar é um pilar indispensável para a continuidade do cuidado, minimizando riscos e facilitando a adaptação à rotina domiciliar. O objetivo central deve ser a preservação da dignidade da pessoa idosa, garantindo que a hospitalização seja um suporte à saúde — e não um fator de desorientação — e que a transição para o domicílio sustente sua autonomia e segurança.

REFERÊNCIAS

1. Santos TD, Espírito Santo FH, Cunha KCS, Chibante CLP. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2016;21(3). doi: 10.5380/ce.v21i3.44223

2. Fontaínhas J, Afonso RM, Patto MV. Internamento hospitalar de pessoas com demência: uma revisão integrativa da literatura. In: Pinheiro J, coordenador. Olhares sobre o envelhecimento: estudos interdisciplinares [Internet]. Vol. 1. Funchal: Universidade da Madeira; 2021. [citado 28 out 2026] p. 69-79. Disponível em: 10.34640/universidademadeira2021fontainhasafonsopatto

3. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet]. [citado 28 out 2026] Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2098e5be-c7f3-4365-aebf-36204459794f/content

4. Kashiwagi DT. Atendimento geriátrico hospitalar: o que os clínicos hospitalares devem saber? Hosp Pract. 2020;48(supl. 1):1–2. doi: 10.1080/21548331.2020.1723354.

5. Eliopoulos C. Enfermagem gerontológica. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 543p.

6. Han QYC, Rodrigues NG, Klainin-Yobas P, Haugan G, Wu XV. Prevalence, Risk Factors, and Impact of Delirium on Hospitalized Older Adults With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2022 Jan;23(1):23-32.e27. doi: 10.1016/j.jamda.2021.09.008.

7. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.

8. Cechinel C, Lenardt MH, Rodrigues JAM, Binotto MA, Aristides MM, Kraus R. Frailty and delirium in hospitalized older adults: A systematic review with meta-analysis. Rev Lat Am Enfermagem. 2022 Oct 17;30:e3687. doi: 10.1590/1518-8345.6120.3687.

9. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care: Clinical guideline Published: 28 July 2010 Last updated: 18 January 2023 [Internet]. Manchester: NICE; 2023. [citado 28 out 2026]. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/cg103.

10. Silva AV, Yuki Kobayasi D. Práticas integrativas e complementares utilizadas para manejo da dor em idosos: revisão integrativa. Glob Acad Nurs. 2021;2(Sup.3):e183. doi: https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200183

11. Pereira GC, Procópio NGC, Filho R. Avaliação da dor em idosos com demência: uma revisão da literatura [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012 [citado 28 set 2006]. Disponível em: https://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/UserFiles/files/3137.pdf

12. Hutchison RW, Tucker WF Jr, Kim S, Gilder R. Evaluation of a behavioral assessment tool for the individual unable to self-report pain. Am J Hosp Palliat Care. 2006 Aug-Sep;23(4):328-31. doi: 10.1177/1049909106290244.

13. Yu X, Qian Y, Zhang Y, Chen Y, Wang M. Association between polypharmacy and cognitive impairment in older adults: A systematic review and meta-analysis. Geriatr Nurs. 2024 Sep-Oct;59:330-337. doi: 10.1016/j.gerinurse.2024.07.005.

14. World Health Organization. Integrated care for older people handbook: guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024.